

Seguimiento y sobrevida de pacientes con carcinoma invasor del cuello uterino

Drs. Ágata Rodríguez, Manuel Santos, María Noguera, Leonardo Romero

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IA-HULA). Mérida: Edo. Mérida

RESUMEN

Objetivo: Determinar seguimiento y sobrevida posterior al tratamiento de pacientes con carcinoma de cuello uterino.

Método: Estudio retrospectivo, en el que revisaron y recolectaron datos de historias clínicas de pacientes con carcinoma invasor de cuello uterino, entre 1995-2004.

Ambiente: Hospital Universitario de Los Andes.

Resultados: Se obtuvo 327 pacientes con carcinoma de cuello uterino durante la década en estudio. El 30 % de las pacientes procedían de estados distintos al Edo. Mérida. La edad media de las pacientes fue de 46,7 años. Los estadios en los que acudieron y se diagnosticaron con mayor frecuencia, fueron el estadio IIIb (28,3 %) y el estadio IIb (23,9 %). La sobrevida a los 5 años varió respecto al estadio, siendo 99 % para el estadio I y cercano a 0 % para el estadio IV.

Conclusión: El diagnóstico de cáncer de cuello es tardío en la mayoría de las pacientes, lo que hace que, el tratamiento sea limitado, aumenten las recidivas y disminuya la sobrevida.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino. Sobrevida. Tratamiento.

SUMMARY

Objective: To determine follow-up and survival subsequent to the treatment of patients with cervical cancer.

Method: Retrospective study with revision and data collection of clinical histories of patients with cervical cancer. 1995-2004.

Settings: University Hospital of Los Andes.

Results: A total of 327 patients with cancer were obtained during the decade in study. A 30 % of the patients were coming from states different from the Merida state. The average age of the patients was of 46.7 years. The stages in that they went and were diagnosed most frequently were the stage IIIb (28.3 %) and stage IIb (23.9 %). The 5 years- survival of the patients has an important variation with respect to the stage, being 99 % for stage I and 0 % for stage IV.

Conclusions: The diagnosis of cervical cancer is delayed in most of the patients, which causes that, the treatment is limited, increases the recidivism and diminishes the survival.

Key words: Cervical cancer. Survival. Treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix ocupa la segunda causa de muerte por cáncer en el sexo femenino a nivel mundial, con una incidencia de 10 x 100 000 mujeres (1). Es el segundo cáncer más común entre las mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer en Latinoamérica (2).

En Venezuela, el cáncer de cuello uterino es una de las primeras causas de mortalidad por cáncer

en el sexo femenino, reportándose 1 178 casos para el 2003 (3). De acuerdo a los Anuarios de Estadística y Epidemiología, en nuestro país mueren aproximadamente 900 mujeres al año por esta enfermedad, con una tasa de mortalidad aproximada de 10 x 10 000 y con una distribución etaria a predominio de 30 a 60 años, incluyendo así a gran parte de la población activa, siendo la región zuliana

y los estados centrales los más afectados (3).

La herramienta fundamental de la pesquisa y diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino es la citología vaginal, procedimiento clínico de fácil realización, sumamente económico y de sencilla adaptación para la implementación masiva de campañas de pesquisa y prevención.

A pesar de que existen programas de pesquisa de cáncer de cuello uterino en Venezuela, la cobertura no ha sido suficiente, sólo incluyen al 40 % de la población femenina con riesgo de desarrollar la enfermedad (4). Las citologías tomadas anualmente se practican por lo general al mismo grupo de mujeres, permaneciendo la gran mayoría de la población femenina de nuestro país sin el beneficio de la citología, que resulta en el diagnóstico tardío de la enfermedad, cuando la paciente consulta presentando sintomatología.

Por ser el cáncer con mayor incidencia en el sexo femenino en Venezuela, es una patología que no sólo se observa en hospitales oncológicos sino también, en hospitales generales, donde existe una profunda deficiencia en la atención terapéutica, dado que la piedra angular del tratamiento es la radioterapia, especialidad dependiente del desarrollo tecnológico y que en la actualidad se encuentra en crisis en nuestro país por carencia de equipos. Los equipos operativos tienen múltiples problemas técnicos, son de tecnología desactualizada y sólo cubren a parte de la población que padece la enfermedad (5).

Conociendo la problemática existente en el país con el diagnóstico, tratamiento y mortalidad de las pacientes con cáncer de cuello uterino, nace la iniciativa de realizar la investigación, con la finalidad de conocer de forma más detallada la evolución del cáncer invasor de cuello uterino durante los últimos 10 años en el Hospital Universitario de Los Andes, pues en esta institución, no existen estadísticas actuales relacionadas con esta patología, que nos permita identificar y evaluar las debilidades y fortalezas en cuanto al tratamiento, seguimiento y sobrevida de estas pacientes, por lo cual, es difícil diseñar y poner en práctica programas de mejoramiento, sin conocer a cabalidad la problemática de esta enfermedad en nuestra institución.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. La población estuvo conformada por el total de historias clínicas de las pacientes vistas en la consulta de ginecología del IAHULA, durante una década, siendo de 89 698 pacientes. La muestra la constituyeron todas

las historias clínicas de aquellas pacientes vistas en esta consulta que cursaron con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, la cual estuvo representada por un total de 327 pacientes.

A través de la revisión de historias clínicas se recolectaron los siguientes datos: edad, procedencia, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, estadio del cáncer al momento del diagnóstico, tipo histológico, tratamiento recibido, presencia de recidiva posterior al tratamiento, y en caso de fallecimiento, fecha del mismo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 10.0 utilizando los métodos de análisis de frecuencia, porcentajes y método de análisis de sobrevida de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 327 pacientes con diagnóstico de carcinoma invasor de cuello uterino durante la década en estudio.

La edad media de las pacientes fue de 46,7 años, encontrándose el mayor porcentaje de pacientes entre los grupos de edad de 41-50 años con 30,6 %, y en el grupo de 31-40 años con 25,7 %.

Se encontró que 70 % de las pacientes procedían del Estado Mérida, y el restante 30 % se distribuyeron en diferentes estados, como Barinas, Zulia, Trujillo, Táchira, entre otros. Al realizar la distribución por Distritos Sanitarios de las pacientes procedentes del estado Mérida, observamos que el mayor porcentaje corresponde al Distrito Sanitario El Vigía con 46 %, seguida del Distrito Sanitario Mérida con 32 %, siendo el Distrito Sanitario Mucuchies el de menor porcentaje, 4 %.

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 16,8 años, encontrándose que 52 % de las pacientes iniciaron su vida sexual a los 16 años o menos y 90,4 % de las pacientes la iniciaron a los 20 años o antes.

Se observó que 34 % de las pacientes presentaron un compañero sexual a lo largo de su vida, 36,1 % de las pacientes presentaron 2 compañeros sexuales y 29,9 % refirieron haber tenido 3 o más compañeros sexuales.

Al relacionar los grupos de edad con los diferentes estadios encontramos, que los estadios I, II, III tienen un comportamiento bastante similar, en ellos se observó un pico al principio de la quinta década, a diferencia del estadio IV se observa que el pico se encuentra entre los 50 y 60 años y luego se aprecia otro aumento en las pacientes mayores de 70 años

(Figura 1).

En relación al estadio al momento del diagnóstico, el mayor porcentaje de las pacientes se encontraban en el estadio IIIb (28,7 %), seguida por el estadio IIb en 23,9 % (Figura 2).

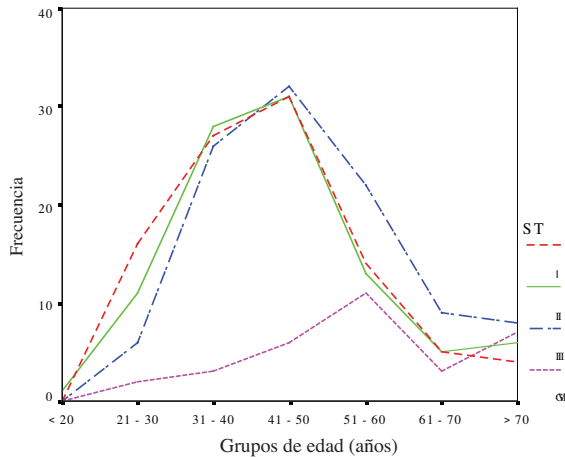


Figura 1. Curva de edad según estadio. Cifras absolutas.

Fuente: Muestra recabada en ficha de recolección de datos.

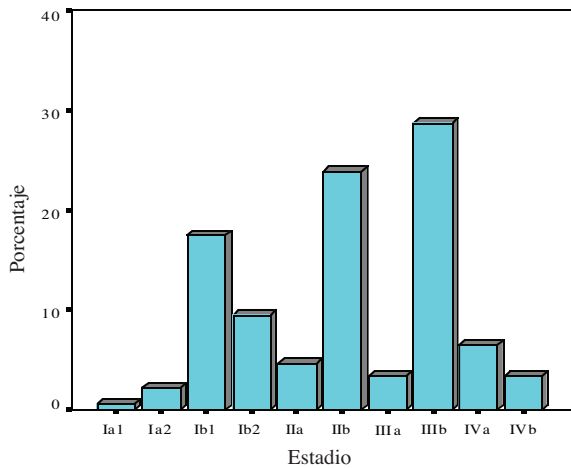


Figura 2. Distribución de la muestra según estadio.

El tipo histológico predominante fue el epidermoide, representando 93 % de todos los diagnósticos histológicos de cáncer invasor de cuello uterino.

El 74 % del total de las pacientes, es decir, 242 pacientes, recibieron tratamiento en la institución, mientras que el restante 26 % (85 pacientes) no recibieron tratamiento o no fueron tratadas en la institución.

El tipo de tratamiento varió dependiendo del estadio, de la disponibilidad de equipo de radioterapia en la institución y de los recursos económicos de las pacientes.

El tipo de cirugía realizada no se clasificó, porque no fue reportada de esta manera en la descripción de los protocolos quirúrgicos presentes en las historias clínicas.

Se utilizaron varias modalidades de tratamiento. Todas las pacientes con diagnóstico de cáncer invasor de cuello uterino estadio Ia1 y Ia2 fueron tratadas quirúrgicamente.

La mayoría de las pacientes que presentaron cáncer de cuello uterino en estadio Ib1 fueron tratadas con cirugía. El mayor porcentaje de las pacientes con estadio Ib2 fueron tratadas con radioterapia y cirugía.

En el estadio IIa, 31,3 % de las pacientes fueron tratadas con radioterapia y cirugía, 25 % con radioterapia solamente. En el estadio IIb predominó el tratamiento con radioterapia. En cuanto al estadio IIIa 50 % de las pacientes no recibieron tratamiento en la institución, y el restante 50 % fueron tratadas con radioterapia externa. De los estadios avanzados un gran porcentaje, más de la mitad de las pacientes no recibieron tratamiento o no en la institución. Es importante hacer notar, que una gran parte de estas pacientes fueron diagnosticadas en el período posterior al año 1997 (Cuadro 1).

Presentaron recidiva 15,7 % del total de las pacientes tratadas, 55 % no lo presentaron, y del restante 29,3 % no se tuvo información, ya sea por que fallecieron o por que no asistieron al seguimiento oncológico.

En los estadios donde se presentó mayor porcentaje de recidiva fue en el IIb y IIIb. Seguido por los estadios Ib1, IIa y IIIa. En el estadio Ia1 y Ia2 no se presentó recidiva.

El sitio de recidiva predominante fue a nivel de la pelvis en 81,6 % y el resto se presentó en órganos a distancia.

Al observar la curva de supervivencia según los estadios (Figura 3), encontramos que en el estadio IIa la supervivencia a los 5 años fue de 99 % a 100 %, para el estadio II fue del 88 % a 90 %, para el estadio III fue de 47 % y para el estadio IV la supervivencia a los 5 años fue de 0 %, y la supervivencia a los 2 años fue de 2 %.

Cuadro 1

Distribución de la muestra según tratamiento por estadio. Cifras absolutas y relativas

St	N T %	Cirugía sola %	Rt sola %	Cirugía y Rt %	Rt y cirugía %	Cirugía, Rt y Qt %	Cirugía y QT %	Rt y Qt %
Ia1		100						
Ia2		100						
Ib1		47,4	8,8	3,5	36,8		3,8	
Ib2	3,2	9,7	16,1	3,2	64,5		3,2	
IIa	25,0	6,3	25,0		31,3	6,3	6,3	
IIb	19,0	3,8	60,8	1,3	10,1	1,3		3,8
IIIa	50,0		50,0					
IIIb	38,7		58,1					3,2
IVa	71,4		28,6					
IVb	81,8		18,2					

Fuente: Muestra recabada en ficha de recolección de datos
 St: estadio. NT: pacientes no tratadas o no en la institución.
 RT: radioterapia. Qt: quimioterapia.

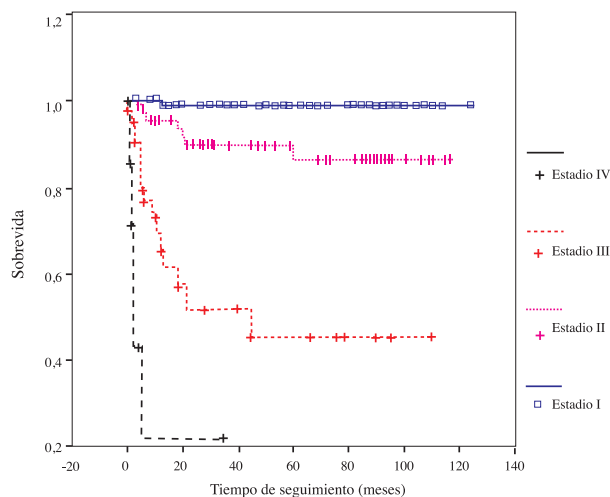


Figura 3. Curva de supervivencia a los 5 años por estadios.
 Fuente: Muestra recabada en ficha de recolección de datos.

DISCUSIÓN

En esta investigación se realizó una revisión durante una década, de la situación del cáncer de cuello uterino en nuestro hospital, reflejándonos de manera directa la situación de esta patología en el estado Mérida, demostrando que la mayoría de

las pacientes son atendidas y se diagnostican en estadios avanzados, lo que hace que el tratamiento se vea limitado, aumente el porcentaje de recidiva y disminuya la supervivencia a los cinco años.

Cuando analizamos la procedencia, del total de pacientes vistas en el hospital con el diagnóstico de cáncer invasor de cuello uterino, un porcentaje relativamente alto procedía de otros estados, actuando esta institución como centro de referencia. Esto demuestra, la necesidad que tiene el hospital de formar una unidad oncológica para poder asistir debidamente a estas pacientes.

De las pacientes procedentes del estado Mérida casi la mitad son del Distrito Sanitario El Vigía, a pesar de que este presenta una población menor que la del Distrito Sanitario Mérida (232 226 y 345 114 habitantes respectivamente) (6), lo cual nos hace reflexionar acerca del cumplimiento de los programas de pesquisa de cáncer de cuello uterino en ese distrito, al igual que de los programas de educación sexual de la población, los cuales deben estar fallando de una u otra manera para que explique el alto porcentaje de paciente con cáncer de cuello uterino procedentes de esa área.

Según Woodman y Dey (7), el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en mujeres de menos de 50 años de edad, y a diferencia de otros tumores ginecológicos, la tasa de incidencia específica por edad se incrementa 40 veces entre la segunda y tercera década, luego adquiere una meseta antes de

aumentar de nuevo pero en menor intensidad.

Según los datos recogidos en el Annual Report (8) la media de aparición del cáncer cervical es de 51,4 años, y esta varía dependiendo de los distintos estadios de la enfermedad; así, la edad media en el estadio I es de 44,6 años, frente a 59,4 en el estadio IV. En nuestra revisión se encontró, que la edad media de las pacientes fue un poco inferior, con un predominio importante en la cuarta y quinta década de la vida. También observamos que la edad, a pesar de no variar mucho entre los primeros tres estadios de la enfermedad (entre 41 y 50 años aprox.), si presentó una diferencia importante con respecto al estadio IV.

El último volumen del Annual Report publicado, contiene información acerca de 13 982 pacientes tratadas por cáncer cervical procedentes de 80 diferentes centros internacionales. Al analizar los casos procedentes de países en vías de desarrollo tales como Argentina, Brasil y Perú, observamos que presentan un alto número de pacientes diagnosticadas en estadios avanzados (II y III), a diferencia de lo que sucede en países desarrollados tales como Alemania, Italia e Inglaterra donde la mayoría de las pacientes se diagnostican en el estadio I de la enfermedad (9).

Nuestra realidad es muy similar a la del resto de los países en desarrollo, donde la mayoría de las pacientes acuden y son diagnosticadas en los estadios IIb y IIIb.

El 26 % del total de pacientes no recibieron tratamiento en el hospital, ya sea por que se negaron a recibir el mismo, por que se encontraban en estadios terminales y escapaban de tratamiento oncológico o porque eran referidas a otras instituciones a recibir tratamiento radiante, ya que a partir del año 1997 no funciona el equipo de radioterapia en nuestro hospital.

El tratamiento de la pacientes en estadios Ia1 y Ia2 fue quirúrgico en la totalidad de los casos, como es descrito en la mayoría de los estudios (10,13).

En la actualidad no existe consenso acerca de la mejor opción de tratamiento para el estadio Ib. En general se trata con cirugía o con radioterapia primaria. Recientemente gran parte de los estudios apoyan la realización de histerectomía radical seguida de radioterapia adyuvante o quimio-radioterapia adyuvante de acuerdo al resultado anatomopatológico posquirúrgico (14,16). En nuestra revisión se observó que el mayor porcentaje de las pacientes con estadio Ib1 fueron tratadas con cirugía, seguida en frecuencia de radioterapia y cirugía posterior.

En cuanto al estadio Ib2 la mayoría fue tratado

con radioterapia y posterior cirugía y un porcentaje mucho menor con radioterapia exclusiva. Se presentó un pequeño porcentaje de pacientes de ambos grupos, que fueron tratadas primariamente con cirugía y posteriormente recibieron radioterapia o quimioterapia, lo cual se debió al hecho de tratarse de casos en los que el reporte de anatomía patológica posquirúrgico demostró infiltración vascular o positividad de los ganglios.

En el tratamiento del cáncer invasor de cuello uterino estadio IIa, se ha demostrado que se obtiene similares resultados aplicando cirugía o radioterapia. La cirugía de elección es la histerectomía radical asociada a linfadenectomía pélvica. La radioterapia puede utilizarse como tratamiento primario o complementario a la cirugía. En nuestro estudio se observó que el mayor porcentaje de estas pacientes fueron tratadas con radioterapia y cirugía posterior, y un menor porcentaje solamente con radioterapia.

En los estadios avanzados el tratamiento de elección según los estudios reportados, es la radioterapia integral, y en casos donde el cáncer se encuentra localizado en el centro de la pelvis puede intentarse la cirugía radical. También se ha recomendado la quimioterapia empleada de forma simultánea con la radioterapia (9).

Según lo reportado por nuestra revisión más de la mitad de las pacientes con estadio IIb fueron tratadas con radioterapia y sólo un porcentaje pequeño se combinó la radioterapia con la cirugía.

Del resto de los estadios sólo recibieron tratamiento cerca del 50 % para el estadio III y menos del 30 % para el estadio IV, debido principalmente a la falta de equipo de radioterapia en la institución, por lo que las pacientes tenían que ser referidas a otros estados para recibir el tratamiento, o simplemente no lo recibían por no tener la posibilidad de trasladarse.

Según la literatura, se espera que 35 % de las pacientes tratadas por cáncer cervical invasor presenten recurrencia o persistencia de la enfermedad, de las cuales, aproximadamente 80 % se presentan a nivel de la pelvis, constituyendo la recidivas a distancia 16 % a 20 % (7,8). El porcentaje de recurrencia de nuestras pacientes fue mucho más bajo que el reportado por la literatura (15,7 %), lo cual puede ser explicado por el porcentaje de pacientes a las cuales no se les realizó seguimiento y se desconoce si presentaron recidiva o no. El sitio de recidiva si coincidió con el porcentaje expuesto en la literatura, 81,6 % correspondió a la recidiva locorregional y 28,4 % a la recidiva a distancia.

La sobrevida a los 5 años de las pacientes con

cáncer de cuello uterino según el Annual Report (9) es, para el estadio I 90,3 %, para el estadio II es de 66,7 %, para el estadio III 41,8 % y para el estadio IV 17,2 %. Los porcentajes de sobrevida a los 5 años para las pacientes de nuestra investigación fueron ligeramente mayores en los tres primeros estadios, mientras que para el estadio IV el reportado por el Annual Report, fue bastante mayor, tal vez debido al hecho de que en nuestra institución a partir del año 1998 no se cuenta con equipo de radioterapia que permita tratar a este tipo de pacientes con estadios avanzados.

Esta investigación nos permitió conocer un panorama amplio de la situación del cáncer de cuello uterino en la institución, a pesar de presentar como debilidad la falta de algunos datos, lo cuales no se encontraban reportados en las historias clínicas.

REFERENCIAS

1. Magnelli A. Obstetricia y Ginecología Contemporánea. Caracas: Editorial Arte; 2001.
2. Arrossi S, Rengaswamy S, Maxwell D. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. Salud Pública de México. 2003;45(Suppl):306-314.
3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario de Epidemiología. 2003.
4. Sociedad Venezolana de Oncología, Sociedad de Obstetricia y Ginecología Venezolana, Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Cáncer de cuello uterino: Problema Nacional. Rev Venez Oncol. 2004; 16(1):54-55.
5. Sociedad Venezolana de Oncología, Sociedad de Obstetricia y Ginecología Venezolana, Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Cáncer de cuello uterino: Problema Nacional. Rev Venez Oncol. 2004;16(1): 54-55.
6. Principales indicadores de salud según Distrito Sanitario Años 2005. Tarjeta EPI-13. Unidad de Estadística y Epidemiología regional de Mérida.
7. Dey MP, Woodman CBJ. Epidemiología y patogenia del carcinoma cervical. En: Shingleton H M, editor. Ginecología Oncológica. McGraw-Hill Interamericana; 1998.p.1-14.
8. Bénédict J, Odicino F, Maisonneuve P, et al. Carcinoma of the cervix uteri. En: Annual Report on the results of treatments in Gynecological cancer. J Epidemiol Biostatistics. 1998;3:63-74.
9. FIGO. 25th. Annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Int J Gynecol Obstet.



FUNDASOG DE VENEZUELA

Brazo educativo e informativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Informa a los Miembros Afiliados de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que las próximas pruebas de conocimiento de la especialidad para optar a la categoría de Miembro Titular, se realizarán en el marco de los eventos de la Sociedad:

- **XXII Jornada Nacional de Obstetricia y Ginecología**, que se llevará a cabo del 15 al 17 de octubre de 2008, en el Hotel Hesperia, Isla Bonita, Margarita, Estado Nueva Esparta.

Características del examen:

1. Prueba escrita.
2. Un total de 100 preguntas de selección simple, 50 de Obstetricia y 50 de Ginecología.
3. Puntuación mínima para aprobación: 15/20 puntos.

Información:

Sede de la SOGV y FUNDASOG de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Avenida San Martín, Caracas.
Teléfono: +58-212-461.64.42 Fax: +58-212-451.08.95